

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1922-1923. — N° 81

RÉSULTATS

DE

L'EXAMEN des FOSSES NASALES

DANS LES DACRYOCYSTITES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 21 Février 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JULES VITTORI

Né à Porri (Corse), le 8 novembre 1892



LYON

ANCIENS ÉTABLISSEMENTS LEGENDRE

14, rue Bellecordière, 14

—
1923

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1922-1923. — N° 81

RÉSULTATS

DE

L'EXAMEN des FOSSES NASALES DANS LES DACRYOCYSTITES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 21 Février 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JULES VITTORI

Né à Porri (Corse), le 8 novembre 1892



LYON

ANCIENS ÉTABLISSEMENTS LEGENDRE

14, rue Bellecordière, 14

1923

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

DOYEN HONORAIRE.....	MM. HUGOUNENQ.
DOYEN	J. LEPINE.
ASSESEUR	ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE (A.).

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	BARD.
Clinique ophtalmologique	TIXIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	BÉRARD.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	COMMANDEUR
Clinique des maladies des enfants.....	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....	NICOLAS.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE (J.).
Clinique des maladies des voies urinaires.....	WEILL.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	POLLOSSON (A.).
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	LANNOIS.
Chimie biologique et médicale.....	ROCHET.
Chimie organique et Toxicologie.....	NOVE-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique.....	CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	HUGOUNENQ.
Anatomie	MOREL.
Histologie	BRETIN.
Physiologie	GUIART.
Pathologie interne.....	LATARJET.
Pathologie et Thérapeutique générales.....	POLICARD.
Anatomie pathologique.....	DOYON.
Chirurgie opératoire.....	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie.....	MOURIQUAND.
Médecine légale.....	PAVIOT.
Hygiène	VILLARD.
Thérapeutique, Hydrologie et Climatologie.....	ARLOING (F.).
Pharmacologie	ETIENNE MARTIN.
	COURMONT (P.).
	PIC.
	MOREAU.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — Chimie minérale.....	BARRAL.
— — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique.....	MM. PATEL.
Embryologie	NOËL.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et Hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	SAVY.	TRILLAT.	FAVRE.
LERICHE.	FROMENT.	SARVONAT.	BONNET.
THEVENOT (LÉON).	THEVENOT (LUCIEN)	FLORENCE (G.).	NOËL, chargé des
TAVERNIER.	PIÉRY.	ROCHAIX.	fonctions.
CADE.	COTTE.	CORDIER.	
GARIN.	DUROUX.	ROUBIER.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ROLLET, *Président* ; LERICHE, *Assesseur*
MM. TAVERNIER et BONNET, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A LA MEMOIRE DE MES FRERES

PIERRE ET FRANÇOIS

tombés au Champ d'honneur.

A MON PERE

*faible témoignage de ma profonde
reconnaissance et de mon inaltérable
affection.*

A MON FRERE SIMON

Je n'oublierai jamais.

A MON FRERE LOUIS,

A MES SŒURS, A MES BELLES-SŒURS

A MES ONCLES JEAN VITTORI

ET CHARLES-FÉLIX CIPRIANI

*unis tous les deux dans un même
sentiment de profonde affection.*

A MES TANTES

CHARLOTTE ET JACQUELINE CIPRIANI

A MON ONCLE CHARLES VITTORI

A MA FIANCÉE ET A SA FAMILLE

A MON MEILLEUR AMI LE DOCTEUR GIAMARCHI

A MON GRAND AMI LE DOCTEUR ALBERTINI

A MES BONS AMIS LES DOCTEURS

BALISONI, FRANÇOIS ORLANDUCCI ET DAUX

A LA FAMILLE FERACCI-CURVELIER, DE LYON

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. SERRE

ANCIEN MÉDECIN-CHEF DU 4^e RÉGIMENT DE ZOUAVES,
QUI FUT MON PREMIER MAÎTRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ETIENNE ROLLET

PROFESSEUR DE LA CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE,
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR.

*Nous le remercions du grand hon-
neur qu'il nous fait en présidant cette
thèse, qu'il nous a inspirée. Qu'il re-
çoive ici toute notre gratitude pour la
bienveillance avec laquelle il nous
guida dans ce travail.*

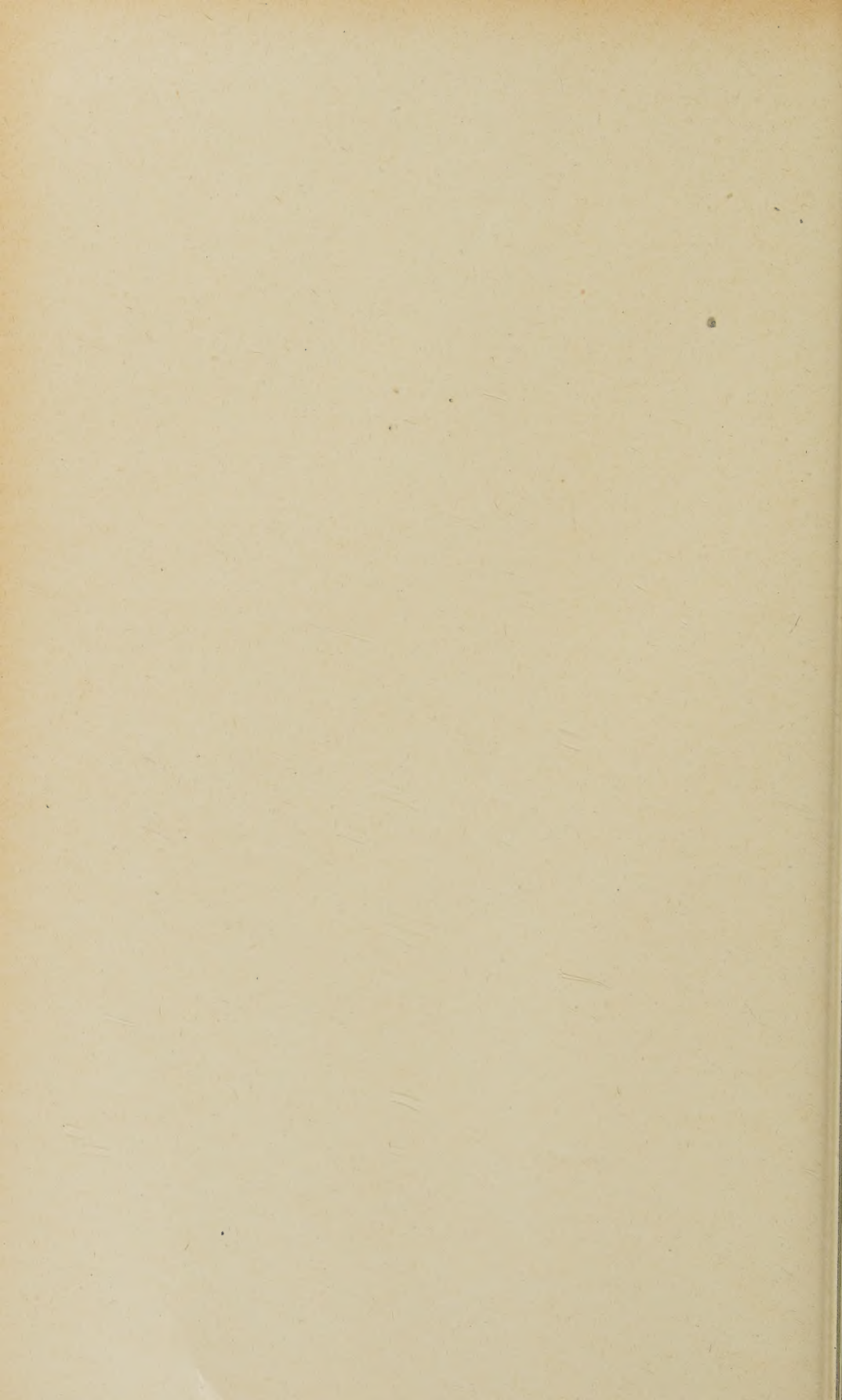
A MONSIEUR LE DOCTEUR ROSNOBLET

CHEF DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

*Nous le prions de vouloir bien
accepter toute notre reconnaissance
pour les conseils qu'il nous a donnés
et pour l'aimable accueil qu'il nous a
toujours réservé.*

A MES MAÎTRES

A MES JUGES



INTRODUCTION

Nous sommes heureux, en commençant ce travail de fin d'études, de remercier bien respectueusement et bien sincèrement M. le Professeur Rollet pour le bienveillant accueil qu'il nous a toujours réservé dans son service, soit au cours de notre stage officiel, soit au moment où nous préparions notre thèse. Le Maître et le Savant que nous avons toujours admirés en lui ne seront jamais oubliés.....

Nous remercions aussi M. Rosnoblet, chef de clinique ophtalmologique ; cette étude est un peu la sienne.... Il voudra bien nous excuser de lui avoir donné bien souvent trop de peine. Qu'il trouve, toutefois, ici, l'expression de toute notre gratitude....

Il y a trente ans environ seulement que l'on a commencé à s'occuper de l'origine nasale des dacryocystites ;

des travaux intéressants ont, néanmoins, été publiés à ce sujet (Aubaret, Ramoni, de Milly, etc.).

Il nous a paru intéressant de rechercher aussi l'état des fosses nasales chez le lacrymal.

Nous allons pouvoir ainsi rapporter 36 observations de lacrymaux examinés au point de vue rhinologique par M. le Docteur Rosnoblet et nous verrons quelles sont les lésions nasales que l'on peut trouver chez ces malades et quelle est exactement l'origine des dacryocystites.

Voici d'autre part quel sera le plan de notre travail :

CHAPITRE PREMIER. — 1° *Historique*;

CHAPITRE II. — 2° *Anatomie et physiologie des voies lacrymales ; leurs rapports avec le méat inférieur ;*

CHAPITRE III. — 3° *les dacryocystites et les lésions des fosses nasales dans les dacryocystites ;*

4° *Observations*;

5° *Conclusions.*

CHAPITRE PREMIER

Historique

Aubaret en 1904 écrivait dans les *Annales d'Oculistique*, au sujet du traitement des dacryocystites : « Il n'y a rien d'étonnant que le traitement nasal ait été négligé jusque dans ces derniers temps : car la rhinologie ne possédait pas autrefois des moyens d'exploration aussi perfectionnés qu'aujourd'hui, et d'ailleurs les lésions de la pituitaire étaient mal connues. »

Jusqu'en 1888, en effet, époque à laquelle paraît en Italie le travail de Faravelli et Kruk, on ne s'était pas encore occupé des rapports entre les lésions des fosses nasales et les maladies des voies lacrymales.

Faravelli et Kruk donnent bien quelques noms : Platner, Desmarres, Rampolli, Niden, Förster, Harrison, mais ils ajoutent que tous ces auteurs ne se sont occupés qu'incidemment ou incomplètement de la question.

En France, en 1894 seulement, Cuénot décrit deux cas de dacryocystite ozéneuse.

Tacquet, en 1894 aussi, insiste sur l'importance à donner au traitement du nez dans les affections des voies lacrymales.

Les Allemands, en 1899, s'occupent sérieusement de la question avec Peters, Heilmaier, Keller.

De Milly, dans sa thèse, en 1900, traite le sujet d'une façon plus complète que dans tous les travaux précédents.

En 1901, Ramoni, en Italie, écrit, qu'il faut traiter le nez dans toutes les maladies des voies lacrymales.

Caboche, en 1906, nous donne deux observations de tuberculose lacrymo-nasale.

En 1911, le Professeur Rollet nous décrit les lésions des fosses nasales dans le cas de tuberculose des voies lacrymales.

Barraquer (de Barcelone) et Villard (de Montpellier), enfin, en 1921, donnent une grande importance au traitement nasal dans les affections du sac lacrymal.

CHAPITRE II

Anatomie et Physiologie des Voies lacrymales et du Méat inférieur

Dans notre description, nous ferons de larges emprunts au traité d'anatomie de Testut. Nous mentionnerons seulement le lac lacrymal, les points lacrymaux et les conduits lacrymaux ; nous décrirons le sac lacrymal, le canal nasal et le cornet inférieur, ainsi que le méat qu'il délimite avec la paroi externe des fosses nasales ; cet exposé anatomique montrera les rapports intimes qui unissent les fosses nasales et les voies lacrymales, et nous permettra de mieux comprendre comment, dans certains cas, les lésions des fosses nasales peuvent retentir sur les voies lacrymales.

I. — ANATOMIE

Sac lacrymal. — Le sac lacrymal est un réservoir membraneux situé sur le côté interne de la base de l'orbite.

Il affecte la forme d'un cylindre dont le grand axe est un peu oblique. Sa hauteur atteint de 12 à 15 m/m. ; son diamètre antéro-postérieur est de 6 ou 7 m/m. ; son diamètre transversal mesure 4 ou 5 m/m.

L'extrémité supérieure est fermée en forme de cul-de-sac ; c'est le fond du sac lacrymal.

L'extrémité inférieure s'ouvre dans le canal nasal qui continue directement le sac lacrymal.

La face antérieure est en rapport immédiat avec le tendon direct de l'orbiculaire des paupières et avec les faisceaux d'origine de ce muscle.

La face postérieure répond au tendon réfléchi de l'orbiculaire, doublé du muscle de Horner.

La face externe répond à l'union de son tiers supérieur avec son tiers moyen à la portion commune des conduits lacrymaux qui la perforent pour s'ouvrir dans la cavité du sac.

La face interne est couchée dans la gouttière lacrymo-nasale et répond à la branche montante du maxillaire supérieur et à l'unguis.

Canal nasal. — Le canal nasal est, pour ainsi dire, creusé dans la paroi externe des fosses nasales. A sa constitution concourent à la fois le maxillaire supérieur, l'unguis et le cornet inférieur.

Sur le sujet revêtu des parties molles, il fait suite au sac lacrymal et vient s'ouvrir d'autre part dans le méat inférieur des fosses nasales. Sa longueur totale variable suivant que sa partie inférieure s'arrête au sommet du méat ou se prolonge quelque temps au-dessous de la mu-

queuse, oscille d'ordinaire entre 12 et 16 m/m. Son diamètre mesure en moyenne de 2 à 3 m/m.

Au point de vue de sa direction, le canal nasal continue d'abord celle du sac lacrymal, puis il s'infléchit peu à peu sur lui-même pour se porter en bas, en arrière et en dedans.

L'orifice inférieur du canal nasal est sujet à des variations de situation et de forme qui sont fort nombreuses. On admet ordinairement que le canal nasal s'ouvre dans le méat inférieur à la réunion de son quart antérieur avec ses trois quarts postérieurs, à 30 m/m. environ de l'aile du nez correspondante. Mais il y a aussi des variations dans le sens vertical; il peut s'ouvrir, en effet, soit au sommet du méat, soit beaucoup plus bas à quelques millimètres seulement du plancher des fosses nasales.

Quant à sa forme, l'orifice inférieure du canal nasal est ordinairement circulaire, lorsqu'il occupe le sommet du méat inférieur. Quand, au contraire, il s'ouvre sur la paroi externe des fosses nasales, il est ovalaire et se prolonge sur cette paroi en une gouttière plus ou moins profonde, le sillon lacrymal.

Structure du sac lacrymal et du canal nasal. — Ils sont essentiellement constitués par une muqueuse. A la muqueuse du sac et du canal nasal, on décrit un chorion et un épithélium.

Le chorion est épais et continu avec le périoste. La partie profonde est fibro-élastique; elle est creusée de lacs veineux en connexion avec le plexus de la pituitaire; sa partie superficielle est de structure réticulée, et chez

l'adulte : seulement on y trouve des amas folliculaires.

L'épithélium, séparé du chorion par une basale, est de type prismatique stratifié. Les cellules superficielles sont nues ou garnies de cils vibratiles. Dans cet épithélium, on trouve de place en place des cellules caliciformes.

Vaisseaux et nerfs des voies lacrymales. — Les artères destinées au sac lacrymal et au canal nasal proviennent de la palpébrale inférieure et de la nasale, deux branches de l'ophtalmique.

Les veines du sac sont sans importance ; celles du canal nasal sont grosses et nombreuses. Elles communiquent en bas avec le réseau de la pituitaire, en haut avec celui de l'ophtalmique et de la faciale.

Les nerfs proviennent du nasal externe, branche de l'ophtalmique.

Cornet et méat inférieurs. — Le cornet inférieur a la forme d'un triangle à base antérieure, à sommet postérieur. Sa longueur est de 4 à 5 c/m. ; sa largeur varie suivant les points de 5 à 12 m/m. Son bord inférieur affleure presque le plancher nasal, dont il est distant de 4 à 5 m/m. en moyenne.

Son extrémité antérieure ou tête est insérée par son bord antérieur sur la paroi nasale ; elle arrive jusqu'à 2 centimètres du milieu de l'orifice narinal.

Son extrémité postérieure ou queue est située à 1 centimètre en avant de l'orifice de la trompe.

Le méat inférieur que délimite la face concave du cornet inférieur avec la paroi externe de la fosse nasale

revêt la forme d'un entonnoir dont le sommet répond au bord d'insertion du cornet.

Cette cavité est plus ou moins large, suivant que le cornet est plus ou moins écarté de la paroi ; en moyenne sa largeur est de 7 m/m. Sa plus grande hauteur est de 18 à 20 m/m.

La paroi externe du méat inférieur est en rapport avec le sinus maxillaire. C'est aussi sur cette paroi que s'ouvre le canal nasal.

Structure de la muqueuse des fosses nasales: la muqueuse pituitaire. — Nous ne nous occuperons ici que de la muqueuse qui recouvre le méat inférieur, c'est-à-dire de la muqueuse respiratoire ou muqueuse de Schneider.

La muqueuse pituitaire à ce niveau est épaisse de 2 à 4 m/m.

Le derme est pourvu de faisceaux conjonctifs et de réseaux élastiques qui sont abondants contre le périoste et très rares à la surface du chorion. Là s'accumulent les leucocytes, et ils sont en telle abondance qu'ils constituent une zone adénoïde, semée de véritables amas lymphoïdes.

Une basale épaisse sépare le chorion de l'épithélium. L'épithélium est de type prismatique stratifié. Les cellules superficielles sont munies pour la plupart de cils vibratiles dont les mouvements sont dirigés vers les choanes. Quelques-unes pourtant sont des cellules à mucus.

Il est à noter que les veines de la muqueuse de Schneider sont remarquables par leurs anastomoses et leur

énorme développement. Elles constituent des plexus qui sont d'une extrême richesse à la surface des cornets.

Vaisseaux et nerfs des fosses nasales. — Différentes artères apportent le sang aux fosses nasales :

- 1° Les artères ethmoïdales antérieure et postérieure ;
- 2° La sphéno-palatine, branche terminale de la maxillaire interne ;
- 3° La nasale postérieure, rameau de la palatine supérieure, qui se distribue plus spécialement au cornet inférieur ;
- 4° La sous-orbitaire ;
- 5° La ptérygo-palatine ;
- 6° La faciale.

Les veines forment 3 groupes.

1° Les veines antérieures viennent se jeter dans la veine faciale.

2° Les veines postérieures aboutissent au plexus veineux maxillaire interne.

3° Les veines supérieures donnent les veines ethmoïdales antérieure et postérieure et viennent s'ouvrir dans l'ophtalmique.

Lymphatiques. — Ils forment dans les couches les plus superficielles du chorion muqueux un réseau d'une extrême ténuité, à grandes mailles irrégulières, très développé partout, mais principalement à la partie postérieure des cornets moyens.

Ils donnent 2 troncs principaux.

Le premier va au groupe des ganglions rétropharyngiens.

Le deuxième vient se jeter dans un ganglion situé dans le voisinage de la grande corne de l'os hyoïde.

II. — PHYSIOLOGIE

Produit de la sécrétion de la glande lacrymale, les larmes sont répandues uniformément par les mouvements de clignement à la surface de la cornée et de la conjonctive, qu'elles lubréfient.

La pénétration dans les points lacrymaux et le transport dans le sac lacrymal s'opèrent aussi sous l'influence du clignement.

Au cours de ce phénomène physiologique, en effet, les paupières se ferment de dehors en dedans, et les larmes balayées à la surface du globe sont accumulées et poussées vers l'angle interne de l'œil. Elles s'accumulent dans le sac lacrymal, dans lequel plongent les points lacrymaux où elles pénètrent sous la pression exercée par les paupières.

Cette pénétration semble facilitée par la distension que subit le sac lacrymal par l'occlusion des paupières. En effet, les fibres de la portion palpébrale de l'orbiculaire s'insèrent en partie sur le ligament palpébral interne, qu'elles attirent en avant en se contractant dans l'occlusion palpébrale ; en même temps que le ligament palpébral, la paroi antérieure du sac lacrymal est attirée en avant, de façon que le sac lacrymal s'élargit et aspire le contenu des canalicules lacrymaux,

Le passage des larmes du sac lacrymal dans le méat inférieur se fait autant par l'arrivée de nouvelles quantités de larmes amenées par les canalicules lacrymaux que par le poids du liquide lui-même.

Mais le rôle principal appartient à l'élasticité du sac lacrymal. Grâce à cette élasticité, le sac distendu par les larmes tend à se contracter de nouveau et exprime ainsi les larmes. Certains auteurs font jouer un grand rôle à l'aspiration qui se produirait dans les fosses nasales au moment de l'inspiration ; ceci expliquerait comment l'écoulement physiologique des larmes demanderait la double intégrité des fosses nasales et des voies lacrymales.

En réalité, en dehors des cas pathologiques, il ne semble pas qu'une quantité notable de larmes passe dans les voies lacrymales.

« La sécrétion courante normale est, pour sa plus grande partie, évaporée dans son passage conjonctival ; un volume très faible de larmes a seul besoin de passer dans le canal lacrymal : c'est ce qui nous explique, qu'après l'extirpation de l'appareil d'excrétion des larmes (sac et canal membraneux), dans la très grande majorité des cas le larmolement disparaît (Rollet). »

CHAPITRE III

Les dacryocystites et les lésions des fosses nasales dans les dacryocystites

La dacryocystite est une inflammation du sac lacrymal et du canal nasal membraneux.

Gabrielidès dans sa thèse dit : « Les anciens auteurs admettaient cinq périodes dans la dacryocystite. Avec le Professeur Rollet, nous pouvons appeler ces cinq périodes ainsi :

- 1^o Période d'épiphora et d'écoulement purulent ;
- 2^o Période d'ectasie du sac ;
- 3^o Période de phlegmon du sac ;
- 4^o Période de la fistule lacrymale ;
- 5^o Période d'ostéite. »

M. le Professeur Rollet fait toutefois remarquer que cette cinquième période des anciens n'existe plus (depuis l'inutilisation des canules à demeure et autres instruments septiques) et dans ses nombreuses opérations d'extirpation

du sac, il ne constate pas la carie des anciens. Il y a donc en réalité 4^e périodes.

Nous ne pouvons insister ici, — tel n'est pas notre but, — sur ces différentes périodes de la dacryocystite ; nous dirons seulement qu'à chacune de ces périodes correspondent des indications thérapeutiques spéciales bien précisées par le Professeur Rollet.

La structure anatomique de l'appareil lacrymal tant macroscopique que microscopique, les connexions intimes de cet appareil avec les fosses nasales, nous permettent de comprendre la fréquence de lésions associées.

Depuis longtemps déjà, cette possibilité avait attiré l'attention des cliniciens ; mais c'est tout récemment qu'on semble avoir compris la nécessité de l'examen rhinologique dans les états lacrymaux.

Il est banal en pratique ophtalmologique de rencontrer des cas rebelles de conjonctivites, dites phlycténulaires, qui sont souvent liées à un état infectieux ancien des fosses nasales et du cavum, (végétations adénoïdes, rhinites simples ou hypertrophiques), comme il est banal de reconnaître la gravité toute particulière des kératites traumatiques ou ulcéreuses chez les ozéneux (observation XXXVI).

Dans son remarquable rapport au Congrès d'ophtalmologie, en 1921, le Docteur Villard a déjà insisté sur la coexistence fréquente des lésions des fosses nasales et du cavum avec les affections lacrymales et a pu conclure que la collaboration étroite du rhinologiste et de l'ophtal-

mologiste était nécessaire pour l'examen complet d'un sujet atteint d'une affection des voies lacrymales.

Rochon-Duvigneaud, en 1900, a décrit, à propos des rétrécissements des voies lacrymales, — à côté du type classique de rétrécissement siégeant à l'origine du canal nasal, — un type de rétrécissement consécutif à des lésions nasales importantes qui partent de l'extrémité inférieure du canal nasal, oblitérent celui-ci et le transforment en cordon fibreux réalisant, de ce fait, un type de sténose ascendante.

Aubaret, en 1904, écrivait : « il est certain que les affections des voies lacrymales sont d'origine très variée ; l'infection peut être soit d'origine oculaire, soit encore, plus fréquemment qu'on ne le croit, d'origine nasale ».

Tout récemment, Barraquer, de Barcelone, dans la discussion sur la valeur du cathétérisme lacrymal disait : « Un grand nombre d'obstructions du canal nasal même avec infection du sac disparaissent avec le traitement de la lésion nasale étiologique. »

Nous avons cru utile, à notre tour, de procéder à l'examen nasal de 36 malades atteints de dacryocystite à la clinique de M. le Professeur Rollet (cet examen a été pratiqué par M. le Docteur Rosnoblet, chef de clinique ophtalmologique ; un examen bactériologique de M. le Dr Bussy est, de plus, annexé à la plupart de nos observations.

De la série de nos recherches nous sommes arrivés aux résultats suivants :

Il est des cas indubitables de lésions nasales éviden-

tes qui sont l'unique cause de l'infection des voies lacrymales ; il s'agit alors de lupus ou de rhinite atrophique ozèneuse.

Le lupus de la pituitaire envahit communément les voies lacrymales (Caboche 1906, Rollet 1911) et la loi d'Escat-Audry, qui dit que tout lupus de la face et des muqueuses débute par la pituitaire, reste profondément vraie.

Dans nos examens nous trouvons deux observations (III et IV) qui corroborent cette loi.

Dans ces deux cas, il s'agit d'un lupus primitif des fosses nasales ayant envahi secondairement les voies lacrymales ; chez un de nos malades le lupus a même dépassé les voies lacrymales pour atteindre le segment antérieur de l'œil ; le même lupus, parti des fosses nasales, a gagné de proche en proche le cavum et ulcéré l'épiglotte et les cordes vocales.

Ce qui est vrai du lupus doit l'être pour les autres formes de tuberculose nasale. Mais on peut au contraire reconnaître des dacryocystites tuberculeuses vraies sans trouver de lésions spécifiques des fosses nasales ; la lecture de l'observation XXI est à ce point de vue très intéressante ; il s'agit d'une jeune malade de 17 ans présentant une dacryocystite droite de nature tuberculeuse ayant nécessité 5 à 6 interventions par suite de récidives. Chez cette malade l'examen minutieux des fosses nasales ne nous a pas permis de constater la présence de lésions bacillaires ou lupiques proprement dites, mais nous révéla une énorme déviation de la cloison obstruant toute la

fosse nasale droite et ayant nécessité une résection sous-muqueuse. Cette obstruction absolue de la fosse nasale droite a-t-elle favorisé l'infection des voies lacrymales par le bacille de Koch ? La question est délicate à résoudre.

Pour l'ozène, qui se traduit cliniquement par une atrophie très marquée de la pituitaire avec présence de croûtes jaune-verdâtre très infectieuses, on conçoit aisément que ces lésions portent également au point d'aboutissement du canal nasal dans le méat inférieur, ce méat étant rendu largement béant par l'atrophie de la muqueuse. Le processus infectieux, dans ces cas, est nettement de forme ascendante ; les observations (X, XI et XII) semblent très démonstratives.

A côté de ces cas probants de lésions nettement nasales, il est des groupes de faits où les lésions rencontrées, sans être aussi nettement spécifiques, imposent, néanmoins, l'attention.

Nous ne ferons que mentionner toutes les obstructions du canal nasal osseux provoquées par une lésion mécanique de ce conduit par traumatisme ou par lésion osseuse destructive d'ordre inflammatoire (obs. I). Il est évident que toute lésion du canal osseux nettement sténosante favorise la stagnation des larmes dans le sac lacrymal et l'infection secondaire de celui-ci.

Il est d'autres lésions nasales macroscopiques, telles des déviations marquées de la cloison, des rhinites hypertrophiques avec ou sans dégénérescence polypoïde de la muqueuse des méats, qui nous semblent, quant à nous,

être plus que de simples coïncidences pathologiques et qui favorisent certainement l'infection ascendante des voies lacrymales.

Il est aussi une lésion très fréquente des fosses nasales que nous avons constatée chez des sujets très âgés (de 60 à 70 ans), qui se traduit par une atrophie limitée aux cornets inférieurs (rhinite pseudo-atrophique des cornets inférieurs). Cette rhinite pseudo-atrophique est provoquée par un ratatinement de la pituitaire dû sans doute à l'âge. Cette atrophie de la muqueuse, qui porte naturellement sur le point d'aboutissement du canal nasal au niveau du méat inférieur, nous paraît grandement favoriser l'infection de ce canal au cours d'un coryza intercurrent.

Il est enfin indubitable qu'il n'est point besoin de lésions macroscopiques pour expliquer la pathogénie infectieuse ascendante des dacryocystites. Notre enquête étiologique, dans les cas examinés, nous a montré, que, avec ou sans lésions nasales constatables macroscopiquement, la dacryocystite débute fréquemment par un coryza aigu. L'observation XXIV est très intéressante à ce sujet ; les fosses nasales sont normales, mais au cours d'une rhinite aiguë on voit apparaître une dacryocystite.

Nous dirons, pour terminer, qu'il est des malades chez lesquels on ne trouve aucune lésion macroscopique, ni aucun passé nasal. Dans ce cas, avec M. le Professeur Rollet, nous comparerons la dacryocystite à la pneumonie, où le pneumocoque brûlant l'étape laryngée, se porte directement sur le poumon ; ici, le pneumocoque brûlerait l'étape

nasale pour se porter directement sur les voies lacrymales.

En nous résumant et en rapportant 36 observations, nous voyons que, dans 33 % des cas, on ne constate aucune lésion à l'examen rhinoscopique. Nous pouvons ainsi présenter 12 observations (24 à 35) où l'on trouve, soit mucocèle lacrymale, soit empyème lacrymal, soit phlegmon lacrymal, soit fistule lacrymale, c'est-à-dire une série de cas de dacryocystite inflammatoire grave avec envahissement du tissu cellulaire de voisinage à micro-organismes particulièrement virulents et fosses nasales cependant normales.

En regard de ces examens négatifs du côté du nez, nous voyons que, dans 66 % de nos observations, on trouve chez 33 % des malades une rhinite atrophique des cornets inférieurs.

Dans les autres cas, on constate des lésions très nettes de lupus ou de rhinite ozèneuse, des déviations de la cloison ou de la rhinite hypertrophique, ou bien encore des lésions d'ordre mécanique.

Au point de vue bactériologique, d'après les examens que nous avons pu pratiquer, nous avons noté une prédominance très marquée du pneumocoque (40 %) ; viennent ensuite le streptocoque et le staphylocoque, purs ou associés (25 %) ; puis le pneumobacille de Friedlander (10 %), et enfin le bacille de Pfeiffer (5 0/0).

Dans 20 % des cas, notre examen bactériologique a été absolument négatif : dans la plupart des cas, nous avons affaire à des dacryocystites anciennes.

Tous les micro-organismes que nous avons observés, au cours de nos examens, sont des hôtes normaux des fosses nasales et nous n'avons pas été surpris, au contraire, de les rencontrer dans les voies lacrymales, étant donné que nous supposons que la dacryocystite est d'origine nasale.

OBSERVATIONS

I. — *Dacryocystites avec lésions nasales* (23)

1° D'ordre mécanique 2 (N^{os} 1 et 2).

2° Lupus des fosses nasales 2 (N^{os} 3 et 4).

3° Rhinite hypertrophique 5 (N^{os} 5, 6, 7, 8 et 9).

4° Rhinite atrophique (ozène) 3 (N^{os} 10, 11, 12).

5° Rhinite pseudo-atrophique (cornets inférieurs) 8
(N^{os} 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 et 20).

6° Grosse déviation de la cloison 2 (N^{os} 21 et 22).

7° Rhinite purulente 1 (N^o 23).

II. — *Dacryocystites sans lésions nasales, mais avec passé nasal* (3) (N^{os} 24, 25 et 26).

III. — *Dacryocystites sans lésions nasales et sans passé nasal* (9) (N^{os} 27 à 35).

IV. — *Lésions oculaires sans dacryocystite vraie nettement aggravées par un état infectieux des fosses nasales* (1) Ulcère cornéen avec ozène (N^o 36).

I. — DACRYOCYSTITES AVEC LÉSIONS NASALES

1^o DACRYOCYSTITES D'ORDRE MÉCANIQUE

OBSERVATION I

Ectasie sacculaire. — Lésions nasales osseuses syphilitiques

C... 12 ans.

Effondrement des os propres du nez et de la cloison nasale par gomme osseuse.

Dacryocystite avec refoulement bilatéral.

Examen bactériologique : pneumocoque.

OBSERVATION II

Larmoiement, œil droit: Déchirure des canalicules lacrymaux

B... A... 15 ans $\frac{1}{2}$, entré à la Clinique le 1^{er} mars 1922.

Larmoiement œil droit remontant à 1 an $\frac{1}{2}$ sans refoulement. Traumatisme à l'angle interne de l'œil à la même époque avec plaie profonde. Actuellement, impossibilité d'arriver dans le sac par sondage par les 2 canalicules ; il s'agit probablement de section traumatique des conduits lacrymaux avant leur entrée dans le sac.

Examen nasal : négatif.

2^o DACRYOCYSTITES AVEC LUPUS DES FOSSES NASALES

OBSERVATION III

*Fistule lacrymale droite. — Absès froid présacculaire gauche.
— Lupus des fosses nasales.*

G... P..., 18 ans, entré à la clinique le 1^{er} avril 1921.

Lupus des fosses nasales, surtout à droite, sur la cloison à gauche.

Extension aux deux sacs.

Premier envahi : Sac droit, actuellement fistulisé.

Deuxième envahi : Sac gauche avec abcès froid présacculaire.

Lésions concomitantes :

Tuberculose cutanée sous-mentale.

Spina-ventosa gros orteil.

Examen bactériologique : Pneumobacille de Friedlander.

OBSERVATION IV

Dacryocystite gauche. — Lupus des fosses nasales.

A... A..., 22 ans.

Lupus ancien de l'aile du nez et du vestibule nasal gauche.

Dacryocystite avec refoulement de pus par le point lacrymal inférieur.

Tuberculose irienne et pannus cornéen.

Tuberculose laryngée (épiglote, vestibule laryngé...).

Examen nasal : Lésions anciennes cicatricielles dans vestibule nasal gauche.

A droite : ulcération en coup d'ongle (lupus ulcéreux) au niveau de la partie antérieure de la cloison.

3° DACRYOCYSTITES AVEC RHINITE HYPERTROPHIQUE

OBSERVATION V

Dacryocystite gauche. — Rhinite hypertrophique.

D... J..., 43 ans, entré à la clinique le 30 décembre 1921.

Dacryocystite gauche, sans tumeur lacrymale et sans refoulement purulent apparent à l'examen.

Début : il y a un an environ.

L'examen aux sondes montre pénétration facile dans le sac, mais de la striction du canal lacrymal à son début.

Examen nasal : hypertrophie légère des cornets, très légère

déviation de la cloison à gauche ; pas de traumatisme nasal antérieur.

Examen bactériologique : négatif.

OBSERVATION VI

Ectasie sacculaire gauche. — Rhinite hypertrophique.

A... B..., 52 ans, entré à la clinique le 6 septembre 1921.
Dacryocystite gauche avec refoulement.

Larmolement remontant à 4 ans, déjà soigné par des dilata-tions, il y a 3 ans (5 séances), léger larmolement de l'œil droit.

Examen nasal : Légère hypertrophie des cornets.

Examen bactériologique : Staphylocoque et streptocoque.

OBSERVATION VII

Dacryocystite bilatérale. — Polype intranasal.

T... B..., 76 ans, entré le 15 avril 1922.

Glaucome absolu droit (énucléation).

Dacryocystite bilatérale avec refoulement (extirpation du sac gauche).

Examen nasal : Gros polype intranasal à droite ; sinus s'éclaircissent mal.

OBSERVATION VIII

Ectasie sacculaire gauche. — Larmolement à droite. — Rhinite hypertrophique.

D... M..., 40 ans, entré à la clinique le 5 mai 1922.

Dacryocystite depuis 4 ou 5 ans, avec refoulement de mu-copus.

Larmolement à droite, léger, sans refoulement ; pas de signes d'obstruction nasale ancienne ; aurait enchifrènement de la narine gauche depuis 4 ou 5 ans.

Extirpation d'un sac déjà enflammé.

Examen nasal : Eperon de la cloison à gauche ; gros cor-

nets légèrement hypertrophiés ; pas de pus dans le méat moyen.

Examen bactériologique : Pneumocoque.

OBSERVATION IX

Ectasie sacculaire bilatérale. — Rhinite hypertrophique.

C... H..., 32 ans.

Dacryocystite bilatérale avec refoulement.

Phlegmon lacrymal droit (1921).

Extirpation du sac gauche (juillet 1921).

Extirpation du sac droit (septembre 1922).

Examen nasal : Obstruction nasale. Rhinite hypertrophique.

Examen bactériologique : Pneumocoque.

4^o DACRYOCYSTITES AVEC RHINITE ATROPHIQUE (OZÈNE)

OBSERVATION X

Ectasie sacculaire droite. — Ozène.

D..., 55 ans, entré le 16 décembre 1921.

Dacryocystite droite, récidivante.

Soigné il y a 4 mois pour un ulcère infectieux avec hypopion.

Le 21 juillet 1921, extraction d'un brin d'avoine dans le sac droit ; puis, tentative d'extirpation du sac, car il y a refoulement de pus par les points lacrymaux.

Difficulté de trouver un point de clivage : on tombe sur un tissu qui fait penser à une tumeur du sac.

Le 15 décembre 1921 revient avec dacryocystite et refoulement de pus.

Extraction du sac.

Examen nasal : Rhinite atrophique. Le pus a une mauvaise odeur, il y a expulsion de mucopus le matin ; cornets inférieurs très atrophies.

Examen bactériologique : Staphylocoque et streptocoque.

OBSERVATION XI

Dacryocystite gauche. — Ozène.

P... H..., 46 ans, entré à la clinique le 20 décembre 1921.

Dacryocystite suppurée gauche.

Larmolement remontant à 4 ans.

Deux crises de péri-dacryocystite depuis 2 mois.

Extraction du sac en lambeaux par morcellement.

Examen nasal: Rhinite, type atrophique, bilatérale, épaisses croûtes.

Examen bactériologique : Pneumocoque.

OBSERVATION XII

Dacryocystite bilatérale. — Ozène.

M... F..., 74 ans, entré à la clinique le 22 janvier 1921.

Dacryocystite chronique bilatérale remontant à plus de 3 ans ; traitée par incision des canalicules et sondages. Actuellement, larmolement chronique avec sécrétions abondantes du sac droit : panophtalmie de l'œil gauche.

Examen nasal : Type atrophie complète des cornets inférieurs ; fosses nasales béantes sans sécrétions ni pus dans le méat.

5° DACRYOCYSTITES AVEC RHINITE PSEUDO-ATROPHIQUE

(CORNETS INFÉRIEURS)

OBSERVATION XIII

Dacryocystite droite. — Rhinite atrophique.

L... J..., 27 ans, entré à la clinique le 9 décembre 1921.

Dacryocystite droite remontant à 6 mois ; traitement au début par deux sondages et lavages.

Surdité bilatérale, complète à droite, incomplète à gauche. Tympan scléreux, pas de triangle lumineux.

Examen nasal : Légère atrophie du cornet inférieur. Eperon de la cloison à gauche.

Examen bactériologique : Staphylocoque.

OBSERVATION XIV

Phlegmon lacrymal gauche. — Rhinite atrophique.

L... A..., 39 ans.

Larmolement remontant à 3 ans, à l'œil gauche ; péridacryocystite remontant à 5 semaines. Phlegmon du sac. Aucun passé nasal traumatique ou autre.

Examen nasal : Légère rhinite atrophique à gauche ; déviation légère de la cloison.

OBSERVATION XV

Péridacryocystite droite. — Larmolement à gauche. — Rhinite atrophique.

E... G..., 64 ans, entré à la clinique le 27 décembre 1921.

Larmolement des deux yeux depuis plusieurs années. Actuellement, larmolement simple de l'œil gauche et péridacryocystite droite.

Examen nasal : Légère atrophie du cornet inférieur.

Examen bactériologique : négatif.

OBSERVATION XVI

Dacryocystite gauche. — Rhinite atrophique.

M... Fr..., 41 ans, entré à la clinique le 19 janvier 1922.

Ulcère de la cornée de l'œil droit, panophtalmie (énucléation, avril 1920).

Dacryocystite œil gauche avec refoulement et pus. (Extirpation du sac et du canal lacrymal.)

Examen nasal : Eperon de la cloison à gauche ; légère atrophie du cornet des deux côtés ; rhinite purulente à droite.

Examen bactériologique : Pneumocoque.

OBSERVATION XVII

Dacryocystite droite. — Rhinite atrophique.

B... C..., 70 ans, entré à la clinique le 31 janvier 1922.

Ulcère à hypopion de cause lacrymale.

Dacryocystite droite remontant à 2 mois ; pus avec refoulement par pression du sac (extirpation gros sac).

Examen nasal : Fosses nasales très perméables, il n'y a qu'une légère déviation de la cloison à droite et une atrophie des cornets inférieurs ; pas de pus dans le méat moyen.

Examen bactériologique : Pneumocoque.

OBSERVATION XVIII

Dacryocystite droite. — Rhinite atrophique.

B... Fl..., 78 ans, entré à la clinique le 16 janvier 1922.

Cataracte bilatérale.

Larmolement de l'œil gauche, sans refoulement ni pus. Grosse dacryocystite droite avec refoulement. (Extirpation du sac à droite.)

Examen nasal : fosses nasales très perméables, légère déviation de la cloison, forte atrophie du cornet inférieur des deux côtés.

OBSERVATION XIX

Phlegmon sacculaire droit. — Rhinite atrophique.

V... M..., 60 ans, entrée à la clinique le 3 avril 1922.

Phlegmon du sac droit.

Opérée du sac gauche il y a 39 ans.

Larmolement depuis 25 ans de l'œil droit.

Dacryocystite avec refoulement depuis plus de 6 ans (la malade vidait son sac elle-même).

Il y a trois semaines, grippe avec rhinite légère ; début d'un phlegmon du sac avec grandes douleurs périorbitaires ; vaste placard rouge au niveau de la région prélacrymale droite ; pas d'antécédents nasaux ni sinusites

Examen nasal : fosse nasale droite obstruée par croûtelles nombreuses ; muqueuse sèche surtout dans le méat moyen.

Rhinite type atrophique, légère.

Cet état était entretenu par suppuration du sac qui déversait ses produits dans le nez d'une façon constante.

Exploration des sinus : montre grands sinus frontaux et maxillaires qui s'éclairent bien ; mais sinus maxillaire droit moins qu'à gauche, uniquement en raison de l'inflammation des tissus.

Examen bactériologique : Streptocoque.

OBSERVATION XX

Ectasie sacculaire bilatérale. — Cataracte. — Rhinite atrophique.

L... M..., 66 ans, entrée à la clinique le 6 mai 1922.

Sac gauche enlevé, il y a un an ; puis opération de cataracte.

Sac droit suppure depuis 2 ans, avec refoulement.

Examen nasal : Eperon de la cloison à gauche très marqué. Fosse nasale gauche : atrophie du cornet inférieur, gros cornet moyen. Fosse nasale droite : atrophie cornet inférieur, pus sur cornet moyen.

Examen bactériologique : Staphylocoque.

6° DACRYOCYSTITES AVEC GROSSE DÉVIATION DE LA CLOISON

OBSERVATION XXI

Dacryocystite droite. — Déviation de la cloison à droite.

B... M..., 17 ans, entrée à la clinique avril 1920.

Dacryocystite œil droit, probablement tuberculeuse. (Adénites prétragienne et sous-maxillaire concomitantes.)

Interventions consécutives :

20 novembre 1920 : Extirpation du sac par morcellement.

17 décembre 1920 : Opération incomplète (hémorragie).

8 janvier 1921 : Curettage, fistule persistante.

30 avril 1921 : Morcellement.

15 décembre 1921 : Persistance du larmolement sans suppuration, guérison opératoire, pas de fistule.

Examen nasal : grosse déviation de la cloison à droite.
Examen bactériologique : négatif.

OBSERVATION XXII

Phlegmon lacrymal bilatéral. — Déviation de la cloison

M... L..., 47 ans.

Dacryocystite phlegmonneuse des deux yeux.

Début à droite, il y a 5 ans, puis envahissement du côté gauche.

Examen nasal : côté gauche obstrué ; respire mal. Enorme déviation de la cloison à gauche.

7° DACRYOCYSTITES AVEC RHINITE PURULENTE

OBSERVATION XXIII

Dacryocystite droite. — Rhinite purulente.

Ch... A..., 39 ans.

Dacryocystite droite avec refoulement remontant au mois de novembre 1921.

Pus depuis 2 ans par la narine droite (après grippe, mars 1919), écoulement purulent très marqué, goutte à goutte, tachant le linge ; le matin, au réveil, expulsion du même côté d'un bouchon purulent.

Depuis que la dacryocystite s'est constituée avec refoulement à l'œil droit, l'écoulement nasal est beaucoup moins marqué.

Examen nasal : Eperon de la cloison à gauche. A droite : rhinite purulente localisée au cornet inférieur et au méat inférieur.

Le cornet est atrophié et une masse purulente le recouvre : pus dans le rhinopharynx. Pas de pus dans le méat moyen.

A gauche : rien, à part l'éperon déjà signalé.

Transillumination des sinus : résultat négatif.

II. — DACRYOCYSTITES SANS LÉSIONS NASALES, MAIS AVEC
PASSÉ NASAL.

OBSERVATION XXIV

Dacryocystite droite.

S... B..., 37 ans, entrée à la clinique le 27 décembre 1921.

Dacryocystite droite remontant à 4 ans ; larmoiement droit remontant à 7 ans ; au cours d'une rhinite aiguë récente, poussée de dacryocystite.

Examen nasal : fosses nasales normales.

Examen bactériologique : pneumobacille de Friedlander.

OBSERVATION XXV

Mucocèle lacrymale droite.

B... Cl..., 38 ans, entrée à la clinique le 26 janvier 1922.

Larmoiement œil droit depuis 3 ans.

Grosse mucocèle avec refoulement du sac droit.

Examen nasal : déviation de la cloison à droite ; éperon de la cloison à gauche ; larges fosses nasales ; les lésions oculaires auraient débuté après un violent coryza.

Examen bactériologique : Pneumocoque.

OBSERVATION XXVI

Dacryocystite bilatérale.

V... E..., 66 ans.

Dacryocystite gauche opérée il y a 17 ans.

Dacryocystite droite opérée à la clinique le 10 avril 1922. Il y a un mois, après grippe et coryza, larmoiement et pus dans l'œil.

Examen nasal : Eperon de la cloison ; rhinite hypertrophique à droite, sinus normaux.

III. — DACRYOCYSTITES SANS LÉSIONS NASALES ET SANS
PASSÉ NASAL

OBSERVATION XXVII

Ectasie sacculaire gauche.

C... L..., 75 ans.

Larmolement remontant à 2 ans.

Dacryocystite œil droit, sans pus, avec larmolement simple.

Dacryocystite œil gauche avec refoulement, pus abondant; pas de refoulement dans les fosses nasales.

Pas de passé nasal, ni jétage, ni coryza.

Examen nasal : léger éperon de la cloison à gauche, pas de lésions des cornets.

OBSERVATION XXVIII

Mucocèle lacrymale droite.

D... M..., 57 ans, entré à la clinique le 28 décembre 1921.

Grosse mucocèle droite avec refoulement par points lacrymaux, rien par le nez.

Larmolement très ancien, remontant à 20 ans. (Soigné par sondages et expression digitale.) Larmolement gauche, pas de passé nasal.

Exmen : fosses nasales normales.

Examen bactériologique : négatif.

OBSERVATION XXIX

Empyème lacrymal droit.

T... F..., entrée à la clinique le 29 décembre 1921.

Empyème subaigu du sac lacrymal droit.

Extirpation du sac.

Phlegmon lacrymal gauche, larmolement remontant à 3 ans. Extirpation du sac gauche.

Examen nasal : Fosses nasales normales à part une légère atrophie du cornet inférieur.

Examen bactériologique : Streptocoque.

OBSERVATION XXX

Fistule lacrymale droite.

T... C..., 43 ans, entrée à la clinique le 13 janvier 1922.

Dacryocystite suppurée bilatérale ; larmolement remontant à 6 mois ; fistulation aux deux angles internes, aucune gêne nasale.

Examen nasal : léger éperon cloison gauche, pas de pus dans le méat, aucune lésion des cornets.

Examen bactériologique : Pneumocoque.

OBSERVATION XXXI

Dacryocystite bilatérale.

B... M..., cl. 70 ans.

Dacryocystite bilatérale avec larmolement remontant à 10 ans. Cataracte droite.

Dacryocystite droite avec refoulement muco-purulent et légère éctasie du sac.

Larmolement purement muqueux à gauche.

Examen nasal : négatif, il n'y a pas de passé nasal.

Diaphanoscopie : sinus très perméables.

OBSERVATION XXXII

Péridacryocystite droite.

C... M..., 26 ans.

Péridacryocystite droite.

Larmolement remontant à 2 ans ; phlegmon lacrymal il y a un mois.

Examen nasal : négatif.

OBSERVATION XXXIII

Phlegmon lacrymal, gauche.

- C... C..., 40 ans, entrée à la clinique le 14 juin 1922.
Phlegmon lacrymal gauche depuis un an.
Dacryocystite avec refoulement remontant à 14 ans.
Examen nasal : négatif.

OBSERVATION XXXIV

Mucocèle lacrymale droite.

- S... C..., 48 ans, entrée le 8 octobre 1921.
Dacryocystite à droite, larmolement un an avant.
Mucocèle : petite tumeur, refoulement par nez (premier stade : canal ouvert) ;
Puis, refoulement vers l'œil (deuxième stade : canal fermé en bas) ;
Puis, phlegmon lacrymal (troisième stade : canal fermé en haut et en bas).
Opération fin septembre 1921 : ablation du sac.
Examen nasal : ni passé nasal, ni troubles des fosses nasales ; rien dans le cornet, pas de pus dans le méat moyen.
Examen bactériologique : Bacille de Pfeiffer.

OBSERVATION XXXV

Dacryocystite gauche.

- F..., 63 ans, entrée à la clinique le 28 septembre 1922.
Dacryocystite gauche remontant à 18 mois.
Extirpation du sac.
Examen nasal : négatif.

IV. — LÉSIONS OCULAIRES SANS DACRYOCYSTITE VRAIE
NETTEMENT AGGRAVÉES PAR UN ÉTAT INFECTIEUX DES FOSSES
NASALES

OBSERVATION XXXVI

Kératite suppurée. — Ozène.

S... A..., 19 ans.

Kératite ulcéreuse centrale, sans lésions des voies lacry-
males.

Examen nasal : Rhinite atrophique. — Ozène.

CONCLUSIONS

I. — On appelle dacryocystites les inflammations de l'appareil d'excrétion des larmes causées par les agents microbiens les plus divers, et, très fréquemment, par le pneumocoque.

L'inflammation frappe spécialement la muqueuse du sac lacrymal et du canal nasal. A l'inflammation canaliculaire fait suite une atrésie et, en amont, une ectasie sacculaire (tumeur par rétention).

II. — Cliniquement, dans la plupart des cas, la dacryocystite semble primitive. Ainsi, l'infection paraîtrait brûler l'étape nasale ou conjonctivale. A l'interrogatoire, le sujet, assez souvent, parle d'un coryza de début et de larmolement consécutif. Les étapes du processus seraient les suivantes : coryza, dacryocystite et, parfois, tardivement, conjonctivite de l'angle interne. L'infection lacrymale paraît donc avoir un début nasal.

III. — Il nous a paru intéressant de rechercher l'état

de la fosse nasale chez le lacrymal, et nous pouvons ainsi rapporter 36 observations recueillies à la Clinique de M. le Professeur Rollet.

Dans 33 % des cas, on ne constate aucune lésion à l'examen rhinoscopique, mais dans 66 % des cas, on observe les lésions suivantes :

Chez 33 % des malades, et chez des gens spécialement âgés, on note une rhinite atrophique des cornets inférieurs ; cette atrophie de la muqueuse du cornet inférieur facilite l'infection canaliculaire (orifice largement perméable au point d'abouchement).

Dans les autres cas, on constate des lésions très nettes de lupus ou de rhinite ozèneuse, des déviations de la cloison, ou de la rhinite hypertrophique, ou bien encore des lésions d'ordre mécanique.

IV. — L'examen bactériologique du pus lacrymal a été pratiqué 21 fois chez nos 36 malades : on a trouvé dans 40 % des cas du pneumocoque, dans 25 0/0 du streptocoque et du staphylocoque purs ou associés, dans 10 % du pneumobacille de Friedlander, dans 5 0/0 du bacille de Pfeiffer ; ces micro-organismes sont, on le sait, des hôtes normaux des fosses nasales.

Dans 20 %, surtout dans les dacryocystites anciennes, l'examen bactériologique a été absolument négatif.

V. — On voit donc toute l'importance des examens rhinoscopiques lors d'états lacrymaux.

La dacryocystite est ainsi une infection d'origine ascendante à début, non pas conjonctival, mais nasal. Toute-

fois la lésion nasale primitive peut n'être que passagère ; seule l'affection lacrymale devient très fréquemment invétérée.

C'est l'atrésie du canal lacrymo-nasal, qui est l'altération primordiale, commandant non seulement l'extirpation totale du sac lacrymal, mais aussi celle du canal nasal membraneux.

BIBLIOGRAPHIE

- AUBARET. — Cure radicale des dacryocystites (*Annales d'oculistique*, 1904).
- BARRAQUER. — Discussion sur la valeur du cathétérisme lacrymal (*Société française d'ophtalmologie*, 1921).
- BRANCA. — Précis d'histologie.
- CABOCHE. — Deux cas de tuberculose naso-lacrymale (*Annales des maladies de l'oreille*, 1906).
- CASALI. — Bactériologie des dacryocystites (*Annali di Ottalmologia*, 1910).
- CUENOT. — Deux cas de dacryocystite ozeneuse (*Archives d'ophtalmologie*, 1894).
- FUCHS. — *Traité d'ophtalmologie* (traduction française, Paris, 1892).
- FARAVELLI. — Sui rapporti tra le malattie dell' apparato lacrimale e quelle del naso (*Annali di ottalmologia*, 1888).
- GALLENGA. — Dacryocystite chronique dans le rhinosclerome (*centralb. f. pr. Augenh.*, 1899).
- GILLET de GRAMMONT. — Pathogénie et traitement des affections des voies lacrymales (*Archives d'ophtalmologie*, 1891).
- HEILMAIER. — Sur les rapports entre les maladies des yeux et du nez (*Zeitsch auf Augenh.*, 1899).
- KELLER. — Sur les rapports des affections du canal nasal avec la rhinologie (*Société des auristes de Cologne*, 1899).

- KRUCH. — Sui rapporti tra le malattie del naso e quelle dell'apparato lacrimale (1888).
- LANNOIS. — Précis des maladies de l'oreille, du nez, du larynx, du pharynx.
- DE LAPERSONNE. — Traitement chirurgical des affections des voies lacrymales (*Archives d'ophtalmologie*, 1903).
- MILLY (Lucien de). — De l'influence des maladies des fosses nasales sur les affections des voies lacrymales (*Th. de Paris*, 1900).
- PETERS. — Remarque sur le traitement du nez dans les affections oculaires (*Zeith. f. Augenh.*, 1899).
- ROCHON-DUVIGNEAUD. — Les voies lacrymales chez l'adulte et le nouveau-né (*Arch. d'opht.*, 1900).
- RAMONI. — Rapporti fra le malattie del naso e delle vie lacrimali (*Annali di oftalmologia*, 1901).
- ROLLET. — Tuberculose lacrymale (*Société française d'ophtalmologie*, 1911).
- ROLLET. — Extirpation totale du sac lacrymal et du canal nasal membraneux (*Archives d'ophtalmologie*, mai 1921).
- TACQUET. — Des voies lacrymales comme cause de l'origine nasale des affections oculaires (*Th. de Paris*, 1894).
- TESTUT. — Traité d'anatomie.
- VILLARD. — Rapport à la *Société française d'ophtalmologie*, 1921 : valeur du cathétérisme lacrymal dans les dacryocystites.
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
CHAPITRE PREMIER. Historique.....	9
CHAPITRE II. Anatomie et physiologie des voies lacry- males ; leurs rapports avec le méat inférieur.....	11
CHAPITRE III. Les dacryocystites et les lésions des fosses nasales dans les dacryocystites.....	19
OBSERVATIONS	27
CONCLUSIONS	43
BIBLIOGRAPHIE	46

